

FACULTÉ DE MÉDECINE 1^E PARIS

ANNEE 1937

THÈSE

N°

832

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Gabriel DESCHAMPS

Né le 11 Février 1910, à PARIS (Seine)

DES CANCERS CUTANÉS
SURVENANT RAPIDEMENT
APRÈS UN TRAUMATISME

Président : M. GOUGEROT, professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1937

FACULTÉ DE MÉDECINE 1^È PARIS

ANNEE 1937

THÈSE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Gabriel DESCHAMPS

Né le 11 Février 1910, à PARIS (Seine)

DES CANCERS CUTANÉS SURVENANT RAPIDEMENT APRÈS UN TRAUMATISME

Président : M. GOUGEROT, professeur

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1937

I. — Professeurs

Anatomie	MM.	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.	STROHL.
Physique médicale	POLONOVSKI.	Robert DEBRE.
Chimie médicale	BRUMPT.	BAUDOUIN.
Bactériologie	ABRAMI.	CHEVASSU.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	ROUSSY.	CHAMPY.
Pathologie médicale et générale	TIFFENEAU.	HARVIER.
Pathologie médicale	TANON.	BALTHAZARD.
Pathologie chirurgicale	LAIGNEL.	LAVASTINE.
Anatomie pathologique	FIESSINGER.	CHIRAY.
Histologie	LOEPER.	CARNOT.
Pharmacologie et matière médicale	Marcel LABBE.	CLERC.
Thérapeutique	LEREBOULLET.	NOBECOURT.
Hygiène et médecine préventive	H. CLAUDE.	GOUGEROT.
Médecine légale	GUILLAIN.	LEMIERRE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CUNEO.	GOSSET.
Pathologie expérimentale et comparée	GREGOIRE.	LENORMANT.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	TERRIEN.	MARION.
Clinique médicale	LEVY-SOLAL.	COUVELAIRE.
Hygiène et clinique de la première enfance	JEANNIN.	MOCOQUOT.
Clinique des maladies des enfants	OMBREDANNE.	RATHERY.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LEMAITRE.	Pierre DUVAL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VILLARET.	BEZANÇON.
Clinique des maladies du système nerveux	MATHIEU.	LAUBRY.
Clinique des maladies infectieuses	HOVELACQUE.	MULON.
Clinique chirurgicale	OLIVIER.	VERNE.
Clinique ophtalmologique		
Clinique urologique		
Clinique d'accouchements		
Clinique gynécologique		
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		
Clinique thérapeutique médicale		
Clinique oto-rhino-laryngologique		
Clinique thérapeutique chirurgicale		
Clinique propédeutique		
Clinique de la Tuberculose		
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte		
Clinique cardiologie		
Professeurs sans chaire		

II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	DE GAUDART
BARIETY	Pathologie médicale.	D'ALLAINES
BENARD Henri.	Pathologie médicale.	DE GENNES
BERNARD EL.	Pathologie médicale.	GAYET
BESANÇON (J.).	Hydrologie.	GIROUD
BOULIN	Pathologie médicale.	HAGUENAU
BULLIARD	Histologie.	HALPHEN
CATHALA	Pathologie médicale.	HAZARD
COSTE	Pathologie médicale.	HUGUENIN
FEY	Pathologie médicale.	JOANNON
DOGNON	Physique.	LACOMME
FUNCK- BRENTANO	Urologie.	LANTUEJOUL
GASTINEL	Pathologie chirurgicale.	LAROCHE Guy.
GAILLARD	Parasitologie.	LELONG
CHEVALLIER	Bactériologie.	



MM.	
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LYVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{lle} J.)	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT- DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.

MM.	
PIEDELIEVRE ..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD (L.) ..	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY- BERT	Physiologie.
GUENIOT	Obstétrique.

MM.	
LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale.
LEROUX	Anatomie pathologique.
NEVEU- LEMAIRE	Parasitologie.
PHILIBERT ...	Bactériologie.
VAUDESCAL ...	Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.	
ALAJOUANINE ..	} Clinique médicale.
AUBERTIN	
PRULE	
CHABROL	
DONZELOT ...	
DUVOIR	
LIAN	
PASTEUR	
VALLERY- RADOT	
SEZARY	

MM.	
BASSET	} Clinique chirurgicale
BROcq	
CADENAT	
GATELLIER	
HEITZ-BOYER ..	
MOURE	
QUENU	
SCHWARTZ ...	} Clinique obstétricale
VELTER	
ECALLE	
LE LORIER ...	
METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.	
CHAILLET-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MES PARENTS

Faible témoignage de ma profonde
affection et de ma reconnaissance.

A MA FEMME

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

Qui fut mon Maître en Dermatologie et dont l'enseignement vivant me sera très précieux. Qui m'a fait le grand honneur de présider cette thèse. Je lui exprime toute ma reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LEVY-COBLENTZ

Qui a bien voulu me guider de ses conseils et m'inspirer ce sujet. Qu'il trouve ici l'expression de toute ma gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ECALLE

Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris

Qui m'a accueilli dans son service
avec une grande bienveillance. Ce
dont je lui suis profondément recon-
naissant.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR CLERC

MONSIEUR LE DOCTEUR PICOT

MONSIEUR LE DOCTEUR DENICKER

MONSIEUR LE DOCTEUR BLOCH

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GUY-LAROCHE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEREBoullet

MONSIEUR LE DOCTEUR HAMBURGER

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HEITZ-BOYER

Des cancers cutanés survenant rapidement après un traumatisme

INTRODUCTION

La question des cancers traumatiques est infiniment complexe et délicate ; elle reste toujours à l'ordre du jour, surtout depuis le développement des Lois Sociales, qui tendent de plus en plus à protéger le travailleur. Les Compagnies d'Assurances sont maintes fois sollicitées par leurs assurés qui incriminent souvent un traumatisme à l'origine de leurs maux.

Sans admettre d'une façon définitive que le traumatisme est à lui seul capable de transformer une cellule normale en cellule cancéreuse, bien des auteurs pensent que « le traumatisme peut préparer localement le terrain, amorcer la lésion qui deviendra néoplasique » (Rapport de MM. CORDONNIER et MULLER).

D'autres considèrent que le traumatisme est susceptible de déclencher l'apparition d'un processus malin, qu'il peut révéler une tumeur préexistante, qu'il peut aggraver un cancer évoluant.

En somme, les opinions sont très partagées : des sta-

tistiques ont été faites qui ont abouti à des résultats très variables.

L'expérience même de la Grande Guerre de 1914 ne montra qu'un petit nombre de cancers sur base traumatique ; pourtant, depuis que l'on étudie avec les moyens d'investigation actuels ces cancers traumatiques, des observations ont été publiées dans la littérature, qui, par leur nombre, prouvent la tendance que l'on a à établir un rapport entre certains traumatismes et cancers.

Éliminant les irritations chroniques, qui évoluent pendant des années pour aboutir à un cancer, nous limiterons notre travail à l'étude des cancers cutanés survenant *dans un délai très bref, après un traumatisme unique*.

Par délai très bref, nous entendons un délai qui n'excède pas trois mois en général.

Par traumatisme unique, nous entendons :

« Une blessure avec ouverture des téguments et éventuellement pénétration et maintien d'un corps étranger (épine, écharde, arête) » (M. R. BARTHÉLEMY).
Ou, comme dit LECLERC :

« Une violence extérieure, soudaine, imprévue, unique, entraînant l'apparition dans l'organisme d'une altération plus ou moins étendue et plus ou moins profonde des tissus ».

A condition naturellement que les téguments soient préalablement intacts à cet endroit ; car, bien souvent, le traumatisme ne fait que révéler une tumeur préexistante.

HISTORIQUE

Si l'on remonte dans les temps les plus reculés de l'histoire de la médecine, on peut constater que c'est une vieille idée de rattacher les cancers à un traumatisme, notion qui, de tout temps, a été amplifiée et déformée par le public.

Des travaux innombrables ont été consacrés à ce sujet depuis le siècle dernier ; nous citerons quelques opinions caractéristiques :

VELPEAU a, un des premiers en France, soutenu l'origine traumatique du cancer :

« Dans les glandes comme testicules et seins, la plus légère contusion, dit-il, peut être l'origine de dégénérescences organiques, qu'on n'y observe que trop souvent, son premier degré suffit dans les os pour y amener un ostéo-sarcome ».

Ailleurs, il dit :

« Sur 51 exemples, je vois 31 femmes atteintes du cancer du sein attribuer leur mal à un coup sans compter celles qui peuvent l'avoir oublié, ou qui n'y ont pas fait attention ».

Subissant, dans la deuxième moitié du XIX^e siècle, l'influence de VERNEUIL, défenseur de cette théorie, les chirurgiens de cette époque avaient tendance à ad-

mettre d'une façon générale, une relation de cause à effet entre les traumatismes et le cancer.

BROCA et ses élèves nient toute action du traumatisme qui, pour eux, n'est qu'une simple cause occasionnelle, qui, en éveillant la douleur, attire l'attention des malades sur le point frappé.

VIRCHOW, en Allemagne, apporte aux partisans de l'origine traumatique du cancer, l'appui de son autorité.

« La cause première du développement d'une tumeur a été dans nombre de cas une action mécanique déterminée par une lésion, suite d'une violence reconnue, comme un coup ou un choc ».

Et ailleurs :

« Dans les organes qui se trouvent fréquemment en contact avec des corps étrangers, il se développe bien plus de tumeurs que dans ceux qui sont renfermés dans l'intérieur des cavités, et qui ne sont que plus rarement exposés à des influences vulnérables directes ».

En 1907, HEURTEAUX a publié une intéressante étude :

« Sur 341 cas d'opérations pour cancer du sein, il aurait noté 26 fois un traumatisme mammaire violent dans les antécédents des malades, l'absence de détails cliniques empêche de tirer de cette statistique des conclusions fermes.

Les législations sur les accidents du travail ont fait faire des études très approfondies sur cette question, des travaux très importants ont été faits qui ont été rapportés dans divers congrès de chirurgie et de mé-

decine légale, qui ont eu lieu jusqu'à ces dernières années.

Nous retiendrons :

En 1907, le rapport du Professeur SEGOND qui, tout en admettant bien les faits demande une certaine réserve.

En 1918, l'Association Française pour l'étude du Cancer sollicitée par le gouvernement de donner son avis sur la question de l'action cancérigène des traumatismes, admet la possibilité de cancer traumatique, mais avec beaucoup de réserves.

Les rapports des Docteurs CORDONNIER et MULLER, en 1925, au X^e Congrès de Médecine Légale, repris par le Professeur Agrégé JEANNENEY en 1928.

ETAT ACTUEL DE LA QUESTION

De tous ces travaux, il ressort un certain scepticisme chez les uns, une certaine hésitation chez les autres à affirmer à coup sûr la possibilité de l'origine traumatique des cancers. Pourtant, il fallait résoudre temporairement du moins la question pour les besoins des compagnies d'assurances. Les médecins-experts se sont efforcés de réunir un certain nombre de conditions indispensables pour admettre légalement l'origine traumatique de certains cancers. Ces conditions peuvent servir de base à cette étude :

— Au premier plan, l'intégrité préalable de la région traumatisée, car il est un fait bien connu que de petites malformations congénitales : naevi pigmentaires, en particulier, donnent sous l'influence de traumatismes de toutes sortes, naissance à des tumeurs envahissantes et métastatiques.

— L'authenticité du traumatisme, qui doit avoir été constaté par le médecin qui en a établi un certificat.

— L'importance suffisante de l'accident.

— La correspondance exacte entre la blessure et la tumeur.

La constatation histologique de l'épithélioma.

— Le délai d'apparition de la tumeur.

Parmi ces conditions, dont chacune a son intérêt, le délai d'apparition, l'intégrité préalable de la région traumatisée et les constatations histologiques sont particulièrement importants :

L'apparition d'une tumeur dans les semaines qui suivent un traumatisme, et à son endroit exact, est certainement un argument de valeur, à plus forte raison s'il s'agit d'un blessé jeune, à un âge où les tumeurs épithéliales sont rarissimes, et, du reste, le Professeur ROGER écrit :

« Les rapports de succession chronologique entre les traumatismes et les néoplasmes sont trop fréquents pour être niés ».

Aussi, nous efforcerons-nous dans ce travail de relever quelques observations de cancers survenus dans un délai très bref après un traumatisme, et d'en dégager quelques conclusions.

Nous terminerons par quelques observations plus détaillées.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1

Cas du Professeur ROUSSY (in *Thèse* BOURGUINA, Paris 1927), concernant un ouvrier frappé à la racine du nez avec une clé de mécanicien : la plaie ne se cicatrisa pas et évolua progressivement vers l'épithélioma baso-cellulaire.

OBSERVATION N° 2

Cas de MONTPELLIER et FABIANI (Association Française pour l'étude du cancer, 18 février 1929), où chez un homme de 25 ans, à la suite d'une petite plaie du front par l'armature nickelée d'un pare-brise, il se produit une petite plaie contuse, entourée d'une légère ecchymose et une hémorragie minime. Au bout d'un mois, la plaie n'est pas encore guérie : des médications variées sont mises en jeu : eau oxygénée, pommades, etc. Après quatre mois, la lésion est devenue une ulcération en surface, en coup d'ongle, propre, vernissée, sans bords, sur une base sensiblement em-pâtée, et l'examen microscopique montre un épithélioma baso-cellulaire.

OBSERVATION N° 3
(du rapport de JEANNENEY)

« Piqure du nez : épithélioma baso-cellulaire, quinze jours après; sujet jeune, B..., 29 ans, se pique accidentellement le nez dans un buisson d'épine-vinette. Quinze jours après, apparition sur le lobule du nez, d'un bouton, atteignant en trois ou quatre jours les dimensions d'un pois, puis s'ouvrant et donnant issue à du pus. Après cicatrisation, apparaît en peu de jours une nouvelle ulcération qui grandit peu à peu et atteint les dimensions de trois centimètres sur trois. Le Professeur PETGES porte le diagnostic d'épithélioma, type *ulcus rodens* du nez : diagnostic que confirme la biopsie, il s'agit d'un épithélioma baso-cellulaire caractéristique ; la guérison est obtenue après traitement radiothérapique.

OBSERVATION N° 4
(*Marseille Médical*, 15 novembre 1931 ;
Expertise de C. JULLIARD, de Genève).

Un homme de 67 ans, piqué le 7 juin 1930 à la face dorsale de la main gauche, par un fragment de fer rouillé, s'inquiète de voir sa plaie s'infecter ; le 14 juin, il s'est formé une croûte ; le 23 juin, soit 16 jours après l'accident, le médecin constate une petite tumeur qui s'accroît jusqu'au 7 juillet ; on en fait l'ablation, et l'examen histologique la montre constituée par un carcinome pavimenteux à globes épidermiques, à son début.

OBSERVATION N° 5

SAVATARD a vu un malade de 15 ans, qui s'était fait dans une chute, de nombreuses érosions de la jambe, ne pas guérir de l'une d'elles qui se Cancérisa en deux mois (BARTHÉLEMY, *Arch. de l'Hôpital Saint-Louis*, 1932, page 88).

OBSERVATION N° 6

Une femme de 73 ans est blessée sur le dos de la main gauche par une griffure de chat ; il s'ensuit une égratignure qui se cicatrise, mais au bout de 14 jours, une des extrémités de la plaie se Cancérise ; la biopsie révèle un épithélioma spino-cellulaire. (Cas de MILIAN et CHAPIREAU, *Bulletin de la Société Française de Dermatologie*, 1935, page 242).

OBSERVATION N° 7

(Cas de MM. GOUGEROT, BURNIER et ELIASCHEFF,

Archives de l'Hôpital Saint-Louis, 1930, page 516).

Une femme de 40 ans, ouvrière dans une fabrique de caoutchouc, reçoit à la joue gauche une goutte de sulfure de carbone ; deux mois après apparaît une lésion qui creuse profondément ; un an après, la biopsie révèle un épithélioma métatypique mixte.

OBSERVATION N° 8

(FORESTIER, *Annales de Dermatologie
et Syphiligraphie*, 1892, page 1285).

Un homme de 42 ans est blessé à la région malaire par le barbier ; il s'ensuit une coupure, à la suite de laquelle apparaît en quelques jours une tumeur de la grosseur d'un grain d'orge ; 6 à 7 semaines après, cette tumeur atteint les dimensions d'une noix ; la biopsie, pratiquée 7 semaines après, montre un épithélioma spino-cellulaire.

OBSERVATION N° 9

(Cas de M. GOUGEROT, *Journal des Praticiens*,
1919, page 178).

Un soldat, âgé de 37 ans, reçoit sur la gencive et le sinus maxillaire un coup de crosse qui fracture le maxillaire supérieur ; 6 mois après persiste une plaie d'aspect végétant, rouge et ulcéreuse ; le diagnostic d'épithélioma spino-cellulaire est fait 7 mois après le traumatisme initial.

OBSERVATION N° 10

(Cas de MARTINOTTI, *Giorn. Ital. Mal. Ven.*, 1922,
page 198).

Une fillette de 12 ans reçoit une forte contusion sur une région préalablement intacte, à la partie an-

téro-interne de la cuisse gauche. La plaie qui en résulte ne guérit pas; il s'ensuit une surélévation du volume d'un pois, qui grossit petit à petit; un mois après l'accident, la biopsie montre un épithélioma adénoïde.

OBSERVATION N° 11

(Cas de BANG. *Bulletin de l'Association Française pour l'Etude du Cancer*, 1925, page 206).

Un ouvrier, âgé de 59 ans, se pique avec un clou, au scrotum; la plaie ne se cicatrise pas et atteint au bout de 3 mois la grandeur d'une paume de main d'enfant; la biopsie révèle un épithélioma spino-cellulaire.

OBSERVATION N° 12

(Cas de WORINGER et MARQUES. *Bulletin de la Société Française de Dermatologie*, 1934, page 1773).

Un homme de 47 ans, menuisier de son métier, se blesse avec la pointe d'un ciseau sur le nez, près de l'angle interne de l'œil droit; il s'ensuit une plaie qui saigne un peu; la plaie ne guérit pas et aboutit un mois après à la formation d'une petite tumeur de la dimension d'un pois vert; la biopsie révèle un épithélioma spino-cellulaire.

OBSERVATION N° 13

(Cas de GATÉ, MICHEL et CHAPUIS. B. S. F. D.,
1933, page 1065).

C'est un homme de 53 ans qui se blesse le plancher buccal avec une arête de poisson ; 2 mois après, à la suite d'une ulcération térébrante à bords bourgeonnants, on fait une biopsie qui montre un épithélioma spino-cellulaire.

OBSERVATION N° 14

(MM. GOUGEROT, René COHEN et M. POULAIN,
Bulletin Société Franç. de Dermatologie, 1931, p. 765).

Cette observation relate un cas survenu un an après un accident d'automobile ayant traumatisé le nez. Il se forme une tuméfaction de la racine du nez qui devient le point de départ d'une vaste ulcération détruisant presque toute la paroi nasale et une partie de la région malaire gauche, et laissant à découvert les fosses nasales. La biopsie montre un épithélioma spino-cellulaire.

OBSERVATION N° 15

(Par P. HICKEL et OBERLING).

K..., homme de 45 ans, sabotier, toujours bien portant, se blesse fin juillet 1921 à la main, en manipulant un morceau de bois de noyer. Un petit fragment de bois de un centimètre de longueur environ, lui

pénètre dans la face dorsale de la base du pouce droit, endroit où la peau était auparavant absolument normale et où il n'existait aucune trace de lésion antérieure. La plaie peu importante, saigne légèrement et se ferme spontanément par un caillot de sang.

Au bout de 15 jours, il se forme à l'endroit de la lésion une petite surélévation du volume d'un pois. Le malade croyant à une petite collection purulente, enlève la croûte, mais il n'aperçoit que du tissu de granulation sans trace de pus.

Cette petite excroissance ne diminuait pas, et il alla vers fin août chez la sage-femme de son village qui lui cautérise à plusieurs reprises les granulations exubérantes avec un crayon de nitrate d'argent. La petite tumeur garda ensuite son volume, puis, dans la seconde moitié du mois de septembre, elle commença à s'accroître rapidement. Le malade inquiet de cette évolution, se présenta vers fin septembre chez son médecin. (8 semaines après la blessure).

A l'examen, il constate sur le dos de la base du pouce droit une tumeur à surface un peu irrégulière de forme ovalaire, ayant 3 centimètres de longueur, 2 cm. 1/2 de largeur et 1 cm. de hauteur. La superficie est recouverte d'une mince croûte jaunâtre qu'on enlève facilement et sous laquelle on trouve un épiderme lisse, aminci, de teinte rose vif, sans aucune ulcération. On pensa tout d'abord à un granulome et on pratiqua une excision exploratrice. L'examen histologique révèle un épithélioma à globes cor-

nés; on fait l'ablation de la tumeur encore nettement localisée.

Le malade se porte bien depuis l'opération et n'a eu jusqu'aujourd'hui aucune récurrence.

EXAMEN HISTOLOGIQUE.

Au faible grossissement, on reconnaît une tumeur exubérante, largement sessile, papillaire en surface, infiltrante en profondeur. La surface de la tumeur est formée par un revêtement épidermique épaissi, irrégulier, en continuité directe avec l'épiderme normal. De cet épiderme partent des papilles volumineuses, dirigées dans tous les sens et centrées de dépôts de substances cornées qui se présentent souvent sous forme d'énormes pseudo-globes cornés. Ces papilles toujours ramifiées, donnent naissance dans leur profondeur à des boyaux cellulaires de plus en plus atypiques, centrés par des écailles cornées tassées en bulbe d'oignon; à ce niveau, c'est l'aspect caractéristique de l'*épithélioma* à globes cornés.

L'examen au fort grossissement montre les détails suivants : sur une certaine étendue, l'épiderme qui recouvre la tumeur ne présente en dehors d'un épaississement et d'une exagération de son relief papillaire rien d'anormal. Les cellules qui le constituent ont conservé leur aspect habituel, on distingue nettement les différentes couches; le tissu conjonctif sous-jacent est exempt de tout processus inflammatoire. Les bourgeons papillaires qui émanent de

ce revêtement sont formés dans leur zone superficielle par le même épithélium normal. Les noyaux sont réguliers, les filaments d'union grêles, la kératinisation se produit suivant le mode habituel, il existe même une large couche granuleuse.

Dans les parties profondes, l'aspect des cellules change complètement. Les limites avec le tissu conjonctif sont encore nettes, il y a constitution d'une couche basale comme dans l'épiderme, mais les cellules prennent des contours irréguliers, les noyaux deviennent bourgeonnants, les filaments d'union sont souvent grossiers, la kératinisation ne se produit plus suivant le mode habituel : il y a *parakératose*.

Ces bourgeons papillaires sont largement ramifiés, ils envoient de tous les côtés, mais surtout vers la profondeur des excroissances irrégulières, franchement infiltrantes.

Nous y trouvons en proportion exagérée, les mêmes atypies cellulaires que nous venons de décrire. Les limites avec le tissu conjonctif sont souvent floues, il y a envahissement destructif. La coloration au bleu d'aniline montre nettement la dissociation et la digestion du tissu conjonctif par les cellules épithéliales. En plus, il y a une stroma-réaction tout à fait caractéristique, le tissu conjonctif est fortement infiltré de lymphocytes, de macrophages, et surtout de polynucléaires éosinophiles. Très intéressants sont les phénomènes de régression et de résorption de boyaux tumoraux qui s'y observent fréquemment. Il n'est pas rare de trouver en plein tissu conjonctif,

loin de tout élément épithélial vivant, les vestiges d'une ancienne invasion cancéreuse sous forme d'écailles cornées en voie de phagocytose, incorporées dans d'énormes cellules géantes à corps étranger. Nous voyons enfin, la preuve manifeste de malignité dans l'envahissement d'une glande sudoripare et de quelques vaisseaux lymphatiques.

En somme, nous observons dans une certaine partie de la tumeur, un épithélium superficiel normal, qui envoie dans la profondeur des bourgeons papillaires. Ces bourgeons formés par un épithélium normal en haut, deviennent de plus en plus atypiques et se transforment finalement en éléments cancéreux. Dans le reste de la tumeur les cellules sont cancéreuses partout, en surface aussi bien qu'en profondeur. Le relief, la disposition générale des bourgeons papillaires est absolument identique; on a l'impression qu'à ce niveau les cellules de l'ancien papillome ont été remplacées par des cellules cancéreuses. Il est particulièrement intéressant de voir que ce remplacement des cellules préexistantes par des cellules cancéreuses s'étend en dehors de la tumeur proprement dite sur l'épiderme avoisinant.

Cet épiderme cancéreux a conservé exactement la forme de l'épiderme normal, ce qui le distingue de celui-ci, c'est l'absence de kératinisation (pas de stratum granulosum, lucidum et corneum), les atypies cellulaires et la réaction inflammatoire de la basale. La limite entre l'épiderme cancéreux et épiderme normal est loin d'être aussi nette qu'on a l'habitude de

la voir dans les cancers intestinaux, mais elle est tout de même assez nette pour permettre d'étudier le remplacement des cellules préexistantes par les cellules cancéreuses. On peut très bien se rendre compte que les cellules néoplasiques pénètrent d'abord en surface, s'insinuent entre la couche cornée et la couche granuleuse; la couche cornée est ainsi soulevée et desquame. La couche basale persiste plus longtemps, et de cette façon, la limite entre épithélium normal et néoplasique forme une ligne franchement oblique.

Il s'agit, en résumé, d'un papillome en transformation cancéreuse. Le cancer est relativement jeune et non ulcéré, c'est grâce à ces circonstances que nous pouvons étudier son mécanisme d'envahissement, sensiblement identique aux tumeurs des muqueuses, notamment de l'intestin, mais qu'on ne voit que rarement avec cette netteté au niveau des cancers cutanés.

OBSERVATION N° 16

(MM. DUHOT, G. LOYGUE et DELACOURT).

F. L... est âgé de 27 ans, sans aucun antécédent pathologique. Il n'a jamais travaillé dans une industrie utilisant le goudron; il a toujours exercé la profession d'électricien et se trouve depuis trois ans au service de la même entreprise.

Le 7 avril 1931, vers 9 heures du matin, il manipulait de vieux fils de cuivre ayant déjà servi aux réseaux, fils de 5 millimètres d'épaisseur, tordus, usa-

gés et récupérés, ayant pu rester exposés à l'air sur le bord des routes ou aux magasins pendant plusieurs années, en partie recouverts de vert-de-gris.

Au moment où il coupait un fil de cuivre avec sa pince, ce fil a fait ressort et l'ouvrier a été piqué à la face dorsale de la main droite entre le deuxième et le troisième métacarpien; la plaie saignait légèrement.

Le médecin traitant, constate immédiatement cette piqûre de la face dorsale de la main droite sans aucun autre symptôme et établit un certificat; l'ouvrier continue le travail.

Une dizaine de jours après l'accident, le médecin traitant constate dans la région directement sous-jacente à la piqûre un petit nodule, et le 25 avril 1931, soit 18 jours après l'accident, un chirurgien procède à l'ablation d'une sorte de poche kystique de la grosseur d'une petite noisette, dans laquelle il trouve un fragment de cuivre.

L'ouvrier ayant cessé le travail à cette date, ne peut le reprendre par suite d'un gonflement avec gêne des mouvements d'extension. La plaie opératoire semble d'abord se cicatriser, mais, quinze jours après environ se reforme un petit nodule qui s'ulcère rapidement vers le milieu et s'accroît assez vite. Il est enlevé plus largement vers le 12 juin 1931.

Comme précédemment, la plaie opératoire semble au début se cicatriser, mais, quinze jours après environ, se reforme un nouveau nodule ulcéré d'emblée

cette fois, s'étendant encore plus rapidement et prenant la forme dite en chou-fleur.

Le 18 août, il est fait une biopsie dont l'analyse donne le résultat suivant :

« Le fragment examiné est presque exclusivement formé de masses épithéliales en continuité avec l'épiderme. Au sein de ces masses, qui sont constituées par des cellules très colorables, se différencient de nombreux globes cornés typiques. Il n'y a ni formation nodulaire, ni cellules géantes. Il s'agit d'un épithélioma malpighien à globes cornés (épithélioma spino-cellulaire) ».

Le 12 septembre 1931, le médecin chargé de contre-visiter le blessé, constate, à la face dorsale de la main droite, une tumeur ulcérée en forme de cœur de carte à jouer, avec bourrelet périphérique, saillant de 7 à 8 millimètres de large au niveau duquel la peau est violacée. Cette tumeur présente une étendue d'environ 4 cm. sur 5. La partie centrale ulcérée est grisâtre et présente les dimensions d'une pièce de 1 à 2 francs. La tumeur est adhérente aux plans profonds et sa pointe antérieure s'insinue dans le pli interdigital qui sépare l'index du médus. L'ouvrier se plaint de douleurs extrêmement vives au niveau de la tumeur, irradiant dans l'avant-bras et le bras, et empêchant le sommeil. L'impression clinique est celle d'une tumeur maligne à développement rapide nécessitant une intervention urgente.

Le 22 septembre 1931, est pratiquée l'ablation des deux doigts index et médus droits, jusqu'au tiers

supérieur du métacarpien correspondant : la plaie se cicatrise régulièrement. « La responsabilité de l'accident est acceptée par le tribunal ».

OBSERVATION N° 17
(par J. FERREIRA MARQUES).

Weiss... Alfred, 47 ans, menuisier, consulte le 9 octobre 1934 pour une lésion du nez.

Il s'est blessé dans les premiers jours de septembre 1934 avec la pointe d'un ciseau de tailleur de pierres, dans la région du nez. Le traumatisme provoque une petite plaie qui saigne un peu ; le malade néglige de faire un traitement quelconque pour cette blessure insignifiante et se contente de la tenir propre avec des lavages à l'eau et au savon. La plaie se recouvre d'une petite croûte hématique et suinte un peu. Dans les jours suivants, au lieu de guérir, elle augmente de volume progressivement et s'infiltré jusqu'à prendre les dimensions d'un pois vert. Inquiet, le malade consulte à ce moment ; son médecin pense à une production épithéliomateuse et fait pratiquer une biopsie.

La malade est donc vu un mois après le traumatisme. La lésion siège dans l'angle formé par la racine du nez et la paupière inférieure droite. Il s'agit d'un nodule de la taille d'un gros pois vert, saillant, bombé, de couleur rose rouge. Au centre de cette lésion, on peut noter une petite masse cornée, verruqueuse, de la dimension d'une grosse tête d'épingle. Cette production cornée est très adhérente et enfoncée comme

dans une espèce de cratère. Autour de cette masse cornée, un bourrelet saillant de peau apparemment saine mais rouge, rejoint en pente bombée les téguments environnants. A la palpation, la lésion est dure, infiltrée, et uniquement dermique. Elle n'adhère pas au plan osseux sous-jacent. La pression y révèle une certaine sensibilité.

Le diagnostic reste hésitant à ce moment. Le malade est d'ailleurs bien portant, il n'y a rien dans ses antécédents héréditaires ou collatéraux qui puisse donner une explication. Il affirme qu'auparavant, la peau était absolument normale à l'endroit traumatisé.

L'aspect macroscopique, la durée de la lésion, semblent bien en imposer pour un épithélioma ; mais la courte durée de l'évolution et, d'autre part, le traumatisme initial permettent la possibilité d'un petit granulome subaigu ; on fait alors séance tenante, après anesthésie locale, par infiltration de novocaïne une excision curative, totale, avec suture consécutive ; le malade est revu dès les premiers de novembre ; la suture est bien cicatrisée, sans présenter aucun phénomène anormal ; il n'y a pas d'adénopathie régionale.

EXAMEN HISTOLOGIQUE.

L'examen histologique de la pièce montre qu'il s'agit d'un épithélioma spino-cellulaire. Ce dernier a été excisé en totalité ; il est formé par une masse tumorale enchassée dans le derme qui est élargi à cet endroit.

En surface, on voit l'épiderme normal, qui, de part et d'autre du centre de la lésion, s'incurve en profondeur et subit peu après la dégénérescence néoplasique. Cette dernière s'épanouit dans de larges travées qui subissent une évolution cornée à leur centre. Ce sont ces masses cornées qui sont repoussées au sommet de la lésion et qui provoquent la hernie cornée centrale. Les masses néoplasiques elles-mêmes présentent peu de mitoses et peu de monstruosité cellulaires. Mais leur structure périphérique montre un envahissement rapide du derme. En effet, la surface profonde des boyaux néoplasiques qui sont endigués par une stroma-réaction lympho-plasmocytaire de moyenne abondance se subdivise et se ramifie en de nombreux petits prolongements cancéreux ; il semble que ce soient ces petites travées qui représentent les vrais centres d'accroissement dans la tumeur. Elles sont formées par des cellules épineuses de toute petite dimension, se différencient de leurs congénères plus évolués surtout par leur taille qui est environ 4 à 5 fois moindre et par leur basophilie.

L'accroissement rapide est encore signé par la persistance de nombreuses fibres élastiques à l'intérieur de la masse tumorale.

OBSERVATION N° 18

(Par G. LÉVY-COBLENTZ).

Mme H..., 45 ans, sans profession, nous consulte le 21 novembre 1936 pour une lésion ulcéreuse rebelle

du bras droit. Elle nous apprend qu'il y a deux mois environ, pendant les vacances, elle se blessa près d'un églantier. L'épine ne pénétra pas dans le derme, mais fit une éraflure linéaire superficielle d'un centimètre. Cette éraflure ne saigna pas d'une manière appréciable. Elle se recouvrit d'une croûte ; 7 ou 8 jours plus tard, la croûte fut suivie d'un « bouton » purulent qui, rapidement, s'ulcéra. L'ulcération s'étendit progressivement. Deux mois après l'accident, il se forma au-dessus de l'ulcération primitive une nouvelle pustule qui, elle aussi, s'ulcéra aussitôt.

Au moment du premier examen — soit deux mois et demi après l'égratignure — les lésions ont l'aspect suivant : on voit, sur la face externe du bras droit, à proximité du coude, une ulcération ovale du volume d'une noisette. Le fond est nécrotique, lardacé. Les bords sont taillés à pic sauf le versant supérieur qui est végétant et kératosique. Séparée par un intervalle d'épiderme sain de 2 cm. environ, on voit au-dessus de cette lésion une deuxième ulcération moins étendue et moins profonde, à contours serpiginoux, à fond sanieux et nécrotique. A la palpation, les deux ulcérations sont fortement infiltrées. Elles sont entourées d'un large halo inflammatoire rose vif. Au toucher, cette zone d'érythème est empâtée. Spontanément et à la palpation, les lésions sont absolument indolores. On les mobilise facilement sur le plan profond. Il n'y a pas de ganglion épitrochléen perceptible.

Les ganglions axillaires palpables ne sont pas plus volumineux que du côté opposé.

Les antécédents n'offrent rien d'intéressant.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Diagnostic d'attente : pyodermite ulcéreuse et végétante ou syphilide tertiaire.

En effet, la rapidité de l'évolution, l'aspect gommeux et serpigineux, l'infiltration des lésions font penser à la syphilis. Mais le début par une pustule, la bordure partiellement végétante de l'ulcération principale, le halo inflammatoire intense sont en faveur de la pyodermite.

Une prise de sang pour l'examen sérologique est négative, et un traitement banal de pyodermite est institué. Les lésions ne s'améliorent pas. Au contraire, la lésion principale s'est légèrement agrandie. Deux jours plus tard, les bords des ulcérations sont plus durs, plus nettement kératosiques. On décide la biopsie de la bordure de l'ulcération principale au point le plus infiltré. La coupe montre un épithélioma spino-cellulaire.

EXAMEN HISTOLOGIQUE.

Le fragment excisé est largement infiltré par un épithélioma spino-cellulaire. La surface de la tumeur est en continuité avec l'épiderme normal. Le fragment biopsié est donc recouvert par l'épiderme normal, et en majeure partie par un épiderme néoplasique extrêmement irrégulier. Vers la profondeur, les bourgeons néoplasiques infiltrant le derme sous forme de travées ramifiées renflées par places en lobules plus ou moins

volumineux. En plusieurs points, on voit la formation de globes épidermiques en bulbe d'oignon. Les atypies cellulaires et nucléaires sont nombreuses. Quelques mitoses monstrueuses.

Le centre des lobules néoplasiques les plus volumineux est nécrobiotique, envahi par de très nombreux leucocytes polynucléaires neutrophiles.

Le derme est fortement œdémateux en surface. Dans la profondeur il est le siège d'une stroma-réaction intense lympho-plasmocytaire.

Le diagnostic d'épithélioma s'impose sous le microscope, il est d'ailleurs accepté par MM. PAUTRIER et OBERLING.

La malade est soumise à une surveillance quotidienne, avec des pansements à base de néo-collargol, armanite, mercurochrome, successivement: quinze jours plus tard, la cicatrisation était obtenue : la cicatrice est restée excellente, souple, non adhérente; on peut considérer la guérison comme définitive.

OBSERVATION N° 19

(MM. DUVOIR et Alb. ABECASSIS)

V... Hector, 44 ans, est tôlier dans un garage d'autos taxis. Il s'occupe surtout du redressement des ailes d'automobiles et dans cette spécialisation, il s'est souvent piqué à la main, mais il s'est toujours agi jusqu'ici de blessures qui ont guéri rapidement sans séquelles. Il affirme qu'en octobre 1933, sans pouvoir préciser la date exacte d'un accident en apparence

aussi insignifiant, qu'il s'est piqué avec la tôle d'une aile d'automobile couverte de boue. Ultérieurement, il voit se développer une « verrue » au siège de la piquûre.

Il ne s'en inquiéta guère avant le 18 décembre 1933, où il consulta un médecin qui établit le certificat suivant :

« Inclusion métallique dans la peau de la face dorsale de la main droite avec réaction papillomateuse ».

V... continua son travail.

Le 22 décembre, il retourna chez le médecin qui nota :

« Piquûre face dorsale main droite au niveau du deuxième métacarpien. Extraction d'un petit éclat brillant (fragment de peinture cellulosique) : induration à forme papillomateuse.

Le 9 janvier 1934, la petite ulcération est cautérisée et traitée à la pommade au collargol.

Le 22 janvier, le médecin contrôleur note :

« Aspect verruqueux de l'ulcération avec cratère central et induration périphérique. »

Le 24 janvier, le blessé est envoyé à la Consultation de l'hôpital Saint-Louis.

On constate sur la face dorsale de la main droite une tumeur papillomateuse, rougeâtre, légèrement saillante, de la surface d'une pièce de cinquante centimes.

Le diagnostic ne peut hésiter qu'entre une lésion tuberculeuse ou une néoplasie.

On procède tout de suite à l'ablation de la petite tumeur.

La cicatrice se fait simplement et rapidement, et le 7 mars 1934, V... reprend son travail.

EXAMEN HISTOLOGIQUE.

La réponse du Laboratoire de la Faculté de Médecine est la suivante : « Epithélioma malphigien spino-cellulaire au début. Bien que l'aspect général des éléments soit très peu atypique, on trouve quelques mitoses et surtout il y a, en quelques points, des infiltrations de cellules entre les faisceaux collagènes, qui permettent d'éliminer soit une inclusion, soit un papillome irritatif. Cet aspect est très semblable à celui du cancer expérimental du goudron.

CONSIDERATIONS ETIOLOGIQUES

1. L'âge.

Ces tumeurs sont indépendantes de l'âge : elles frappent les individus à tout âge : ce sont souvent des sujets jeunes (15 ans, dans l'observ. n° 5 — 25 ans dans l'observ. n° 2 — 73 ans, dans l'observ. n° 6 — 45 ans dans l'observ. n° 11; en somme, l'âge n'intervient en rien. Quand il s'agit de tumeurs épithéliales survenant chez un jeune, elles ont une grosse valeur diagnostique : nous savons ces tumeurs exceptionnelles chez le jeune.

2. Le sexe.

Souvent, ce sont des hommes : en raison de la proportion des travailleurs masculins, ce sont eux qui sont les plus exposés à ces traumatismes avec infection ou excoriation des téguments.

Sur 19 observations relatées, il s'agissait 14 fois d'hommes.

3. Le métier.

Il faut éliminer ici les professions qui par la manipulation de certains produits font déjà partie du cadre des professions cancérigènes : leur action est bien connue : le terrain est bien préparé, et un traumatisme suffit à déclencher un processus déjà latent, ou à le localiser.

Les travailleurs manuels sont surtout atteints : ce sont des menuisiers (observ. n° 17), des charpentiers, des jardiniers (observ. n° 15 : ce sabotier qui se blesse avec un fragment de bois de noyer) (observ. n° 17 : cet électricien qui se blesse avec un fil de cuivre). Il faut toujours se demander si à l'action mécanique ne s'est pas ajoutée une action d'un produit cancérigène : c'est ce que l'on peut se demander dans l'observation n° 19 de MM. DUVOIR et Alb. ABECASSIS. On retira de la plaie un petit éclat métallique que l'on suppose être un petit éclat de peinture cellulosique : il semble qu'il y ait souillure par la boue goudronneuse de la route chez cet homme travaillant dans un garage d'autos-taxis. Cette éventualité est exceptionnelle, car nulle part ailleurs nous n'avons pu soupçonner l'action d'une substance cancérigène, qui se soit ajoutée à l'action mécanique produite par le traumatisme.

4. Le siège.

Par ordre de fréquence, les mains et la tête : non pas que les autres parties du corps soient indemnes,

mais il s'agit de régions découvertes et donc les plus exposées.

Nous avons noté :

- La racine du nez (observ. n^{os} 1, 3, 12, 14, 17) ;
- La main (observ. n^{os} 4, 6, 15, 16) ;
- La joue (observ. N^{os} 7, 8, 9) ;
- Le front (observ. n^o 2), la jambe (observ. n^o 5), la cuisse (observ. n^o 10), le scrotum (observ. n^o 11), le plancher buccal (observ. 13).

5. L'intégrité préalable de la peau.

C'est là un des points les plus délicats à vérifier. On ne compte plus dans les consultations ces malades chez qui un traumatisme fait découvrir une tumeur préexistante : aussi, avant de pouvoir dire qu'il s'agit d'un cancer d'origine traumatique, il faut pouvoir affirmer l'état antérieurement sain des tissus, être bien sûr que le malade n'était pas porteur d'une lésion congénitale.

Bien souvent, le certificat médical établi peu après l'accident initial ne mentionne pas l'état antérieur de la peau. Comment expliquer cette lacune ?

Il est difficile de penser qu'un traumatisme banal se transformera par la suite en épithélioma ; les médecins qui ont relaté les observations de cancers traumatiques ont bien décrit les lésions : aucune anomalie préexistante ne semble avoir attiré leur attention, tout porte à croire qu'ils l'auraient signalée, si elle avait existé.

L'intégrité avant l'accident a été bien précisée dans l'observation n° 15 de MM. HICKEL et OBERLING : en général, il faut s'en rapporter aux dires du malade.

6. L'importance suffisante du traumatisme.

Nous avons dit ce que nous entendions par traumatisme ; il faut qu'il y ait solution de continuité.

Le traumatisme est plus ou moins violent, en général peu important, mais il existe toujours de façon évidente.

7. La nature du traumatisme.

La nature du traumatisme est essentiellement variable : le plus souvent il s'agit d'action mécanique : il peut y avoir pénétration d'un corps étranger lui-même de nature variée, dans la peau. Il peut enfin s'agir d'une brûlure chimique.

— Une plaie par une armature de pare-bise, dans un accident de voiture (observ. n° 2 de MM. MONTPELLIER et FABIANI).

— Une piqûre par un buisson d'épine-vinette (observ. n° 3).

— Un fragment de fer rouillé (observ. n° 4).

— Une griffure de chat (observ. n° 6).

— Une substance non cancérigène : sulfure de carbone (observ. n° 7).

— Un fragment de bois (observ. n° 15).

- Un vieux fil de cuivre (observ. n° 16).
- Une pointe de ciseau (observ. n° 17).
- Une épine d'églantier (observ. n° 18).
- Une tôle d'automobile (observ. n° 19).

8. Le délai d'apparition de la tumeur.

Pour qu'il puisse y avoir un rapport de cause à effet, le temps écoulé entre le traumatisme et le cancer ne doit pas être ni trop long, ni trop court.

Nous relatons un cas où le cancer est apparu 16 jours après l'accident initial (observ. n° 6, de MM. MILIAN et CHAPIREAU); on pourrait se demander si la tumeur n'existait pas déjà. Mais on est arrivé en modifiant les techniques classiques du cancer expérimental à faire du cancer en 13 jours (M. BABES)..

Dans l'observation n° 14 (MM. GUGEROT, R. COHEN et M. POULAIN) le cancer n'est apparu qu'un an après le traumatisme. Ce délai peut sembler long : la tumeur s'est installée insidieusement et existait bien avant que l'on ait pratiqué la biopsie.

En fait, le délai est essentiellement variable : 15 jours, un mois, 6 mois, un an : si l'on reprend minutieusement les observations, on peut constater que la plupart du temps la plaie provoquée par le traumatisme ne guérit pas : la plaie, qui, au début, avait passé pour bénigne, traîne en longueur, les signes ne sont pas alarmants, le blessé n'y prête guère attention : leur persistance finit par l'inquiéter, et il consulte à

nouveau; une nouvelle période d'observation commence pour le médecin, qui aboutit à la biopsie. Dire quand le cancer a commencé est difficile.

9. Constatation histologique.

Nous n'avons rapporté que des observations dans lesquelles l'examen histologique a été pratiqué. Le cancer le plus fréquemment rencontré est l'épithélioma spino-cellulaire à globes épidermiques (observ. n° 6, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19).

Au point de vue histologique, ces cancers ressemblent en tous points aux épithéliomas spino-cellulaires survenant sans traumatisme préalable. Cependant les figures de régression spontanée sont peut-être particulièrement fréquentes dans les épithéliomas traumatiques (observ. n° 15 de MM. HICKEL et Ch. OBERLING, n° 18 de M. G. LEVY-COBLENTZ).

Des métastases ont été observées (observ. n° 15 de MM. HICKEL et Ch. OBERLING) : l'observation signale l'envahissement d'une glande sudoripare et de quelques vaisseaux lymphatiques.

Plus rarement, on rencontre l'épithélioma baso-cellulaire (observ. n° 1, 2, 3).

DIAGNOSTIC

DIAGNOSTIC CLINIQUE. — Dans certaines observations, l'aspect clinique des lésions est suffisamment caractéristique pour suggérer le diagnostic de tumeur (observ. n^{os} 3, 19). Dans la plupart des cas, il s'agit de lésions ulcéreuses ou végétantes sans caractère bien tranché.

Au point de vue pratique, le diagnostic différentiel est à faire le plus souvent avec les lésions ulcéreuses et végétantes de la syphilis, de la tuberculose (tuberculose végétante, certains lupus), et les pyodermites ulcéreuses et végétantes.

Il sortirait du cadre de cette étude de passer en revue toutes les lésions ulcéreuses ou végétantes qui entrent en ligne.

Nous accorderons une mention spéciale au verrucome avec adénite à réaction épithéliomatiforme (Prof. GOUGEROT) qui pourrait être interprété comme épithélioma par un médecin non averti.

LE DIAGNOSTIC HISTOLOGIQUE lui-même peut soulever de grandes difficultés. Les réactions scléro-hyperplasiques de MENETRIER, les Syphilides épithéliomatiformes (Prof. GOUGEROT), les lésions syphiloïdes et épithéliomatoïdes étudiées par MM. PAUTRIER et WORIN-

GER, les lésions hyperplasiques de certaines pyodermites, peuvent simuler de plus ou moins près un début d'épithélioma.

L'EXAMEN SÉROLOGIQUE positif ou négatif contribuera parfois à fixer un diagnostic hésitant.

Enfin, LE TRAITEMENT D'ÉPREUVE peut donner des renseignements intéressants :

Ainsi le verrucome guérit par le 914, mais n'est pas influencé par le bismuth, ni le mercure, ni l'iode qui, par contre, guérissent les syphilides épithéliomatiformes. Un traitement anodin peut guérir une lésion (observ. n° 18 de M. G. LÉVY-COBLENTZ) que l'histologiste avait diagnostiqué épithélioma (1).

L'ÉVOLUTION à longue échéance de l'épithélioma traumatique bénéficie du pronostic favorable qui s'attache aux épithéliomas de la peau, pour peu qu'ils soient précocément traités. Or, par définition, ces cancers sont superficiels; ils attirent l'attention du blessé: de plus, ce sont le plus souvent des accidentés du travail, vite confiés à des médecins.

L'intervention (excision ou électro-coagulation) pratiquée à temps donne un résultat curatif qui semble être définitif.

(1) Ici se pose la question de la guérison spontanée des épithéliomas cutanés. S'agit-il, dans les cas qui guérissent soit spontanément, soit avec un traitement anodin, d'épithéliomas vrais, ou s'agit-il, au contraire, de lésions essentiellement différentes (pseudo-épithéliomas) ? Nous ne désirons pas prendre parti dans ce débat qui est loin d'être clos. (Cf. TOURAINE et DUPERRAT : Guérison spontanée de certains cancers cutanés : *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 7^e série, Tome 7, n° 6, juin 1936, pages 545-561.)

PATHOGENIE

Est-il possible de tirer des déductions pathogéniques du fait qu'un traumatisme déclenche le processus néoplasique ?

L'analyse des observations nous ramène au dilemme auquel on se heurte chaque fois qu'on cherche à élucider le mécanisme intime de la cancérisation.

Le traumatisme a pu inoculer un virus, ou une substance chimique cancérigène. Il a pu provoquer une altération cellulaire ou nucléaire qui provoque l'accroissement anarchique du tissu traumatisé. Il suffit d'énoncer cette alternative pour conclure que l'étude de l'épithélioma traumatique ne saurait, dans l'état actuel de nos connaissances, donner un argument décisif pour l'une ou l'autre hypothèse.

Le problème se complique du fait que de l'avis des histologistes compétents, nous ne disposons pas d'un critérium absolument incontestable pour le diagnostic de cancer cutané à son début.

En résumé, nous dirons que l'étude de l'épithélioma traumatique n'a pas fait progresser nos connaissances de la pathogénie du cancer.

CONCLUSIONS

Les cancers cutanés post-traumatiques ne sont pas fréquents, leur existence semble bien établie.

Ils frappent des sujets bien portants jusque-là, et indemnes de toute lésion antérieure congénitale ou acquise à l'endroit de la tumeur.

Leur délai d'apparition est court, de quelques semaines à plusieurs mois.

L'âge n'intervient pas : les sujets jeunes peuvent en être atteints comme les plus âgés ; par contre, le sexe intervient par l'intermédiaire de la profession : l'homme est nettement prédisposé.

Histologiquement, dans la plupart des cas, il s'agit d'un épithélioma spino-cellulaire : mais, on a vu des épithéliomas baso-cellulaires.

Il existe des lésions de structure épithéliomatiforme post-traumatique qui régressent jusqu'à guérison malgré un traitement anodin : cette éventualité est exceptionnelle : ces faits soulèvent le problème difficile des réactions pseudo-épithéliomatiformes qui ne sont pas de véritables cancers.

L'étude de l'épithélioma traumatique confirme que l'histologie n'est pas un critérium absolu pour le diagnostic du cancer au début.

Vu :

Pour le Doyen, l'Assesseur,
CUNÉO.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
GOUGEROT.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

Une bibliographie étendue des travaux parus jusqu'en 1935 a été publiée par J. FERREIRA MARQUES, à la suite de son article : « Les épithéliomas cutanés post-traumatiques », paru dans les *Annales de Dermatologie de Syphiligraphie*, 7^e série, n° 11, novembre 1936, pages 1004-1042.

Nous nous bornerons donc à donner la bibliographie des travaux auxquels nous faisons directement allusion.

R. BARTHÉLEMY. — *Clin. et Labo.*, 10^e an., n° 9, 20 nov. 1931, p. 202.

BANG. — *Bull. Ass. Fr. Et. Cancer*, 1925, page 206.

L. BÉRARD. — Tum. et Trau. Chir. d'Urg. et Acc. du Tra. *Bull. Méd.*, 8 mai 1912, p. 465.

— Tum. et Trau. Chir. d'Urg. et Acc. du Tra. *Bull. Méd.*, 22 juin 1913, p. 621.

— *Bull. Ass. Fr. Et. Can.*, 1918, p. 581.

BOURGUINA. — *Thèse* Paris, 1927.

E. DUHOT, G. LOYGUE et DELACOURT. — *Prat. Méd. Fr.*, nov. 1933, n° 18, p. 743.

DUVOIR et Alb. ABECASSIS. — *P. M. F.*, nov. 1933, p. 743.

FORESTIER. — *Ann. Derm. et Syph.*, 1892, p. 1285.

- J. DE FOURMESTRAUX et DE LAET.— Traum. et Tum. Mal.
Rev. de Path. et Phys. du tra., 1933, p. 263.
- GOUGEROT. — *Journ. des Prat.*, 1919, p. 178
- GOUGEROT et P. BLUM. — *Bull. Soc. Fr. Derm et Syph.*,
1930.
- GOUGEROT, BURNIER et ELIASCHEFF. — *Arch. Hôp. St-Louis*, 1930, p. 516.
- GOUGEROT, René COHEN et POULAIN. — *Bull. Soc. Fr. Derm.*, 1931, p. 765.
- P. HICKEL et Ch. OBERLING. — Epith. Cut. Post-traum.
Bull. Soc. Fr. Der., p. 15, 1923.
- JEANNENEY. — Cong. Fr. de Chir., 1928, p. 910.
- C. JULLIARD, de Genève.— *Marseille Méd.*, 15 nov. 1931.
- GATE, MICHEL et CHAPUIS. — *Bull. Soc. Fr. Derm.*, 1933,
p. 1065.
- LECLERC et CORDONNIER. — Cong. de Méd. Lég. in *Ann. de Méd. Lég.*, 1925, p. 378.
- O. LENOIR. — Canc. et Traum. Acc. du Trav. et Aff. Traum. 2^e sér., p. 111. Vigot Frères, 1913.
- G. LÉVY-COBLENTZ. — Pseu. Epith. Traum. *Bull. Ass. Fr. Et. Canc.* Tome 26, n^o 2, fév. 1937.
- MARTINOTTI. — *Gior. Ital. Mal. Ven.*, 1922
- MILIAN et CHAPIREAU— *Bul. Soc. Fr. Derm.*, 1935, p. 242.
- MONTPELLIER et FABIANI. — *Ass. Fr. p. Et. Canc.*, 18-2-1929.
- L.-M. PAUTRIER. — *Bull. Sté Fr. Derm.*, 1926, p. 257.
- G. ROUSSY. — *Ann. de Méd.*, 1928, t. 24, p. 231.
- Le Canc. et les Traum. (*Nouv. Tr. de Méd. Roger-Widal et Tessier*, fasc. V, tome Sec. Mas. et Cie, édit., Paris, 1929, p. 44).

SEGOND. — *VII^e Congr. Fr. de Chir.*, 1907, p. 745.

TOURAINE et DUPERRAT. — *Ann. de Derm. et Syph.*, 7^e série, n° 6, 1936, p. 545.

VELPEAU. — *Thèse d'agrég.*, p. 1832.

WORINGER et MARQUES. — *Bull. Soc. Fr. Derm.*, 1934, p. 773.

TABLE DES MATIERES

Introduction	11
Historique	13
Etat actuel de la question	17
Observations	19
Considérations étiologiques	41
Diagnostic	47
Pathogénie	49
Conclusions	51
Bibliographie	53

